



## FICHE DE RENSEIGNEMENTS 2013-2014



### IDENTITE

<b>Nom :</b>	<b>Prénom :</b>
<b>Né(e) le :</b>	<b>Lieu de naissance :</b>
<b>Nationalité :</b>	<b>Sexe :</b> masculin – féminin *

### PARENTS

**Situation familiale :**  mariés/ union libre/PACS  célibataire  divorcés, séparés  veuf(ve)  
*(Si nécessaire, joindre copie du jugement du tribunal.)*

\_\_\_\_\_

**Nom et Prénom du père :**

**Adresse :**

**Code postal et localité :**

**Fixe :** **Portable :**

**Courriel :**

**Profession :**

**Téléphone travail :**

\_\_\_\_\_

**Nom d'usage et Prénom de la mère :**

**Nom de jeune fille :**

**Adresse :**

**Code postal et localité :**

**Fixe :** **Portable :**

**Courriel :**

**Profession :**

**Téléphone travail :**

**L'enfant vit-il avec ses 2 parents ?**  OUI  NON

**Qui en a la résidence ?**  PERE  MERE  ALTERNEE  AUTRE

**Remplir  
toutes les  
rubriques SVP.**

### FAMILLE

**Frères et sœurs à l'école élémentaire**

Nom *(si différent)* : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

### SCOLARITE

**Information** utile pour l'enseignant de votre enfant (précocité ; dyslexie ; orthophonie ; aide personnalisée...) :

## ASSURANCE

Assurance :  MAE  Autre (préciser) :

## SANTE

### Contre-indications médicales :

*Fournir un certificat médical)*

Port de lunettes :  OUI  NON

*Si OUI, merci de nous préciser si votre enfant doit garder ses lunettes :*

- en classe :  OUI  NON

- en récréation :  OUI  NON

- en sport :  OUI  NON

Allergies éventuelles :

Traitement médical (ex : traitement de l'asthme) :

*Pour tout traitement médical à administrer à votre enfant sur le temps scolaire, nous faire parvenir une demande écrite et un certificat médical précisant la posologie du/des médicament(s) et les circonstances dans lesquelles le médicament doit être administré à votre enfant. **Aucun traitement ne sera administré sans ces documents.** En règle générale, pour toute question relative à ce sujet, voir avec l'enseignant de votre enfant.*

Médecin traitant

Nom :

Adresse :

Téléphone :

## URGENCE

Personne à prévenir si on ne parvient pas à vous joindre :

Nom :

Adresse :

Téléphone :

## DROIT A L'IMAGE

Je, soussigné(e) M., Mlle, Mme\* .....responsable légal de cet enfant,

autorise

n'autorise pas

l'école élémentaire à utiliser dans le cadre pédagogique (journal d'école, de classe, publications, site internet,...) des photos ou des vidéos, prises au cours des activités scolaires, sur lesquelles figure mon enfant.

## MANUELS SCOLAIRES /EMPRUNTS

L'école fournit à votre enfant un ou des manuels scolaires. En outre, il lui est possible d'emprunter des livres de bibliothèque.

Je, soussigné(e) M, Mlle, Mme\* ....., m'engage, en cas de perte ou de détérioration par mon enfant ..... à verser l'indemnité forfaitaire fixée par le Conseil des maîtres à la rentrée.

Toute modification des renseignements ci-dessus (en particulier les n° de téléphone) doit être signalée au plus tôt à l'école.

Fait à ....., le ...../...../.....  
Signature(s) :

\* Barrer les mentions inutiles.

